

〈研究報告〉

一般病院（小児地域支援病院等）における医療的ケア児の退院支援に関する病棟看護師と退院調整担当者の協働

Collaboration Between Ward Nurses and Discharge Coordinators for Discharge Support for Medically Fragile Children in General Hospitals (including Pediatric Community Support Hospitals)

猪股里美¹ 篠木絵理² 安藤瑞穂³

1 東京医療保健大学大学院 千葉看護研究科 看護学専攻 研究生

2 東京医療保健大学 千葉看護学部 看護学科

3 聖マリアンナ医科大学病院 看護部

Satomi INOMATA¹, Eri SHINOKI², Mizuho ANDO³

1 Department of Nursing, Chiba Postgraduate School of Nursing, Postgraduate School, Tokyo Healthcare University

2 Division of Nursing, Chiba Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University

3 Department of Nursing, St. Marianna University Hospital

要 旨: 目的: 一般病院（小児地域医療支援病院等）における医療的ケア児の退院支援に関して、病棟看護師にインタビューを行うことで、退院支援の実際と退院調整担当者との協働していくための考えや行動について明らかにすることである。

方法: 医療的ケア児の退院支援を退院調整担当者との協働した経験のある病棟看護師10名を対象にインタビューを実施し、質的帰納的に分析した。インタビューガイド作成の基礎資料とするため、医療的ケア児の在宅療養までの支援を可視化した在宅移行シートを作成した。

結果: 協働を円滑に進めるための考えや行動では、【随時病棟で情報共有する】【カンファレンスで相互の進捗や情報を共有する】【役割分担を明確にする】の3カテゴリーが抽出された。

結論: 一般病院の医療的ケア児の退院支援は年間数件であるが、病棟看護師と退院調整担当者の協働は、役割分担を明確にする、進捗状況を相互に確認する等、一般的な内容であった。

Abstract: **Purpose:** This study aims to clarify the actual practices of discharge support for medically fragile children in general hospitals (including pediatric community support hospitals) and how ward nurses think of and act for collaboration with discharge coordinators by interviewing ward nurses.

Methods: We conducted interviews with ten ward nurses who had experience collaborating with discharge coordinators to support the discharge of medically fragile children, and analyzed the data using qualitative inductive methods. To develop the interview guide, a home-based care transition sheet that visualizes the support till home-based care for medically fragile children was created.

Results: For the ideas and actions to facilitate smooth collaboration, three key categories were identified: 'Sharing information on the ward as needed,' 'Sharing mutual progress and information during conferences,' and 'Clearly defining roles and responsibilities.'

Conclusions: The number of annual discharge support occasions for medically fragile

children at general hospitals is few. Collaboration between ward nurses and discharge coordinators involved standard practices such as clarifying role assignments and mutually confirming progress.

キーワード：移行期ケア、看護マネジメント、チーム医療、小児看護

Keywords：Transitional Care, Nursing Management, Team-Based Care, Pediatric Nursing

I . 緒言

全国の在宅の医療的ケア児数及び人工呼吸器児数を、診療報酬の算定件数によって算出した推計¹⁾によると、医療的ケア児の推定数は、約2万人と過去10年間で2倍と増加し、国の重点対応が求められる分野として取り組みが進められている。2021年6月には、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律が、「医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、その家族の離職防止に資する」、「安心して子どもを生み、育てることができる社会の実現に寄与する」ことを目的に制定された。この法律の制定により地域での支援体制が構築され、医療的ケア児の在宅療養の推進がますます求められている。

第8次医療計画（周産期医療）²⁾においては、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、当該施設の小児病棟や地域の小児医療施設への移動の段階を経ることにより、自宅退院後に家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境調整をする期間を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する体制を整えることとしてはどうかとの提案がなされている。しかし、小児病棟での医療的ケア児の退院支援に関して標準的なものではなく、中途障がい医療的ケアが必要となる症例や小児専門病院から在宅移行のための受け入れ等の患者に対する支援は、各施設での対応となっている。小児一般病棟の看護師は、NICUでの看護経験がない中で、重症児の母親・家族が出生後たどってきたいくつものイベントや家族関係・生活背景を転院前の書面からの情報や家族の情報から理解し、家族との関係を一から構築していかなければならない³⁾。そのため、受け入れに対して「何をしたらよいかわからない」など経験や知識不足によりイメージができない不安などをかかえたまま重症児の母親・家族を支援していることが報告されている⁴⁾。医療的ケア児が退院支援を受けて地域で安心して生活していくためには、小児一般病棟看護師と退院調整担当者との協働が必要であるが、先行研究

はほとんど見あたらなかった。

一方、2018年診療報酬改定において、入退院支援内容が変更された。地域・在宅療養への移行を効率的に行うことは重要な案件であり、看護師は患者が在宅療養へと円滑に移行できるように、入院前、入院早期から患者の病態や治療状況を把握したうえで、患者・家族のニーズを把握し、多職種と連携しながら支援を行うことが求められている。そのためには、病棟看護師と退院調整担当者との協働が必要となる。

小児以外を対象とした病棟看護師と退院調整担当者に関する先行研究では、退院支援推進のために病棟看護師と退院調整看護師の積極的な協働活動が必要であり⁵⁾、両者の協働に向けた役割認識では、情報を共有するための関係の形成や相互の特性を活かし補完し合う役割を發揮する必要性が示唆されている⁶⁾。また、病棟看護師の退院支援に関する関心を高めていくこと⁷⁾、病棟看護師の気づきや主体性を引き出しながら退院支援の実践能力を高め、看護管理者も含め病棟全体がチームとして動き、合意形成できるよう働きかけることが重要である⁸⁾と述べられている。

今後、医療的ケア児の在宅療養の推進がなされれば、一般病院の小児系病棟においても医療的ケア児の受け入れは増えることが予測される。一般病院では医療的ケア児の症例は少なく、一般病院であるがゆえに退院調整担当者は小児領域の経験のないものの配置⁹⁾もあり、社会保障制度などの理解が乏しいなど、小児系病棟看護師との協働による退院支援が困難となる可能性がある。少子化を背景に、在宅療養で退院支援を必要とする小児患者の絶対数は今後も少ないと予測される。しかし、こどもの成長発達プロセスにおいて、地域社会での生活は重要であるため、地域住民の身近にある一般病院において、小児系病棟看護師と退院調整担当者との協働による適切な退院支援が望まれる。

II . 研究目的

一般病院（小児地域医療支援病院等）における医療

的ケア児の退院支援に関して、小児系病棟看護師にインタビューを行うことで、退院支援の実際と退院調整担当者と協働していくための考えや行動について明らかにすることとした。

Ⅲ．方法

1. 用語の定義

小児地域医療支援病院等：小児専門病院以外の小児中核病院から小児支援病院（一次、二次救急）とした。

協働：協働とは、同じ目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むことと述べられている¹⁰⁾。本研究においては、病棟看護師と退院調整担当者が退院支援における目標を共有し、患者・家族の在宅療養を見据えた支援や調整及び課題解決に向けて相互に協力し実践していくことを協働とした。

2. 研究デザイン

質的記述的研究である。

3. 研究対象者

一般病院の小児系病棟に所属し、看護部長より研究目的に照らして適切であると紹介され、インタビューに同意を得られた看護師10名程度。なお、対象者は、現在からおよそ5年以内の期間で、医療的ケア児の退院支援を行い、退院調整担当者との協働した経験のある病棟看護師とした。

4. 対象施設・対象者の選定・依頼方法

機縁法にて、関東圏の一般病院（小児地域支援病院等）に勤務する看護部長に対して、郵送にて研究依頼文、研究参加の同意に関する書類の配布を依頼した。研究協力者の同意の有無は、研究協力同意書の返信をもって確認した。研究協力者には、インタビュー前に研究目的と方法、倫理的配慮を再度説明した。

5. データ収集期間

2023年11月～2024年1月。

6. インタビューガイドの作成方法および内容

インタビューは研究協力者が想起した事例を基に行うこととし、研究者が作成した在宅移行シート（図1）を見ながら、在宅移行支援の各段階、STEP 1 院内外泊準備期、STEP 2 自宅外泊準備期、STEP 3 退院準備期、STEP 4 退院期に沿って、病棟看護師と退院調整担当者の役割分担の実際と実施の状況、患者・家族

の課題解決に向けた協働の取り組みの実際について回答を得ることとした。また、協働を円滑に進めるための考えや行動について問う項目を加えた。在宅移行シート（図1）は、医療的ケア児の在宅療養までの支援を可視化したシートであり、インタビューガイドの基礎資料とするため作成した。

作成にあたり2023年2月時点で全国の小児専門病院および大学病院、全国都道府県のホームページを検索した結果、神奈川県立こども医療センターの在宅医療の手引き¹¹⁾、長野県立こども病院の小児在宅移行支援～病院から在宅へ¹²⁾の2病院の資料および、群馬県と青森県で資料が公開されていた。この時、NICU/GCUからの医療的ケア児の退院支援に関する工程表は、支援時期や支援内容が異なるため除外した。公開されている資料から、各支援段階と支援内容について、STEP 1を院内外泊準備期、STEP 2を自宅外泊準備期、STEP 3を退院準備期、STEP 4を退院期として整理した。

なお、在宅移行シートおよびインタビューガイドの作成にあたっては、検討段階から看護マネジメントと小児看護を専門とする研究者2名のスーパーバイズを受けながら作成した。

7. データ収集方法

インタビューは、研究協力者が、小児系病棟に入院し医療的ケアを必要としてから初めて退院したと想起した事例を基に実施した。インタビュー内容は録音し、逐語録を作成し、データとした。

8. データ分析方法

1) 分析表の作成

在宅移行シートを基に得られたデータは一覧できるように整理した。協働の実際について、各項目で語られた内容を抽出して要約し、カテゴリー化した。

2) 協働についての考えや行動について

病棟看護師に協働を円滑に進めるための考えや行動の質問に対して語られた内容を抽出して要約し、カテゴリー化した。

以上の分析過程においては、看護マネジメントと小児看護を専門とする研究者2名のスーパーバイズを受けた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会の承認を得て実施した（院023-12B-R1）。

V. 結果

1. 研究協力者の概要

6施設の病棟看護師10名から研究協力が得られた。研究協力者の小児病棟経験年数は2年～20年、看護師経験年数は4～23年、年代は20～40代であった。研究協力者の所属病院の全ベッド数は400～800床であり、小児系病棟のベッド数は20床から50床程度であった。昨年度の医療的ケア児の退院支援の年間件数は、NICU/GCUからの移行は除き、2件から7件であった。

2. 研究協力者が語った医療的ケア児の事例の概要

年齢は日齢24～7歳、主な診断名は、染色体異常、気管軟化症、喉頭軟化症、蘇生後脳症、短腸症等であり、医療的ケアの内容は、気管切開管理、中心静脈栄養管理、胃ろう管理、呼吸器管理等であった。

3. 退院支援の実際

医療的ケア児の退院支援について、作成した枠組み（在宅移行シート）に沿って質問した。回答は想起した事例に基づいたものである。そのため、同施設であっても事例の違いにより回答が異なっていた。

1) 退院支援の進捗を共有する方法

研究協力者が所属している6施設では、在宅移行シートに類似したツールがある施設は2施設であった。主な利用者は受け持ち看護師であり、電子カルテ上のカンファレンス記録等に記載し共有していた。その他の3施設は、小児系病棟で作成中であり、もう1施設は、今はないが在宅移行シートのような枠組みが必要であると述べていた。ツールのない施設では、退院支援計画の立案や実行は、受け持ち看護師が中心となり計画立案をし、医師、病棟看護師、退院調整担当者と共に共有していた。

2) 在宅移行シートの各STEPにおける協働の実際

退院支援の実際について、在宅移行シートに沿ってインタビューした内容を述べる。研究協力者が所属する6施設での退院支援において、各STEPの分け方、各STEPの目標については在宅移行シートとの違いはなかった。

(1) STEP 1 院内外泊準備期

病棟看護師の業務内容は8項目あり、医療的ケア・日常生活ケアの指導、ケアに必要な物品の確認、在宅生活に合わせた一日の流れや見直し、家族全体の生活状況の把握、退院に向けての家族の思いや不安点の確認、患者・家族の理解・反応、

医療者カンファレンスの開催、患者家族のQOL、ADLの評価、現在のADL退院を目指す状況及び課題については、研究協力者全員が実施していると述べていた。退院調整担当者の業務内容は5項目あり、社会資源について、進捗状況の確認と申請のサポート、家族の理解度・反応の確認、生活状況・ニーズの確認・評価、地域支援調整、必要な在宅医療機器の確認については、全研究協力者実施されているとの認識であった。

STEP 1における協働の内容の分析結果、19の要約、4つのカテゴリーが抽出された（表1）。カテゴリーは【カンファレンスで相互共有して進捗を確認する】【退院調整担当者が、家族と退院後の地域サービスとの間に入って調整し、病棟看護師と情報共有する】【何をどこまでするか役割分担を明確にする】【病棟ラウンド時や電子カルテ上で情報共有をする】であった。

(2) STEP 2 自宅外泊準備期

病棟看護師の業務内容は4項目あり、不足している技術の再確認、自宅の環境に合わせたケアの指導、在宅療養指導管理料の確認（診療材料、自費購入物品）、救急蘇生法の指導・在宅でおこりうる異常や緊急時の対応について指導と理解の確認については、研究協力者全員が実施していると述べていた。退院調整担当者の業務内容3項目、自宅外泊に向けての関係者との調整、在宅療養管理料の確認、院内外泊後の課題抽出・家庭で継続できるケアになっているか（注入時間、睡眠時間、吸引回数など）については、全研究協力者が実施しているとの認識であった。

STEP 2における協働の内容の分析結果、13の要約、3つのカテゴリーが抽出された（表1）。カテゴリーは、【サマリーのほか電話やラウンド時に情報共有をする】、【退院後の必要物品の準備や、訪問看護・薬局など地域サービスを調整する】、【だれが何をやるか役割分担を明確にする】であった。

(3) STEP 3 退院準備期

病棟看護師の業務内容は6項目あり、自宅外泊後の評価、不足している技術の再指導、自宅環境再確認、必要物品購入確認、外来看護師への情報提供、看護サマリーの作成については、研究協力者全員が実施していると述べていた。退院調整担当者の業務内容6項目、自宅外泊後のケアの変更点などを在宅医・訪問看護に連絡、持ち帰り診療材料の確認、退院後訪問の日程調整・同意を得る、医療評価入院の日程調整、社会資源の最終確認、

表1-1 在宅移行の各STEPにおける協働の内容（STEP 1・STEP 2）

カテゴリー	要約
STEP1: 院内外泊準備期	
カンファレンスで相互共有して進捗を確認する	<p>（情報共有は）病棟看護師は、家族への指導の進捗状況、家族からの退院に向けた購入物品、自宅の状況などの情報提供し、退院支援のスタッフからは、地域資源の調整の進捗について共有していた。</p> <p>医療者カンファレンスは、受け持ち看護師が出席するが、若手看護師の場合は、ラダー3以上の看護師と同席、一人のみ同席の場合はラダー3以上の看護師とする。</p> <p>（相互の情報共有は）次回（定期）カンファレンスまでにやるべきことを決めて、情報の整理をしていた。</p> <p>退院調整看護師は、きょうだいの保育園や母の復職希望等、保健師への連絡など、退院後の状況をより具体的に情報を家族から得て共有していた。</p>
退院調整担当者が、家族と退院後の地域サービスとの間に入って調整し、病棟看護師と情報共有する	<p>家族の希望である訪問看護について、（退院調整担当者）と顔合わせして、話ができるように調整した</p> <p>退院調整担当者が、小学校の先生と連絡をとり、学校生活での医療的デバイス（CV,胃ろう）の注意点などのカンファレンスをする調整をした。</p> <p>（在宅移行の）転院時に、退院調整看護師が早期に地域資源に関して家族の希望を確認し、共有し、調整していた。</p> <p>退院後に必要なサービスや訪問看護については、面談時の家族の様子と合わせ、退院調整看護師から情報を得ていた。</p> <p>吸引器のレンタルや購入を要するときは、助成関連があるので、退院調整（担当者）に入ってもらい直接のやり取りを依頼する。</p>
何をどこまでするか役割分担を明確にする	<p>役割分担で、社会資源に関することはソーシャルワーカーに依頼する。</p> <p>病棟看護師と退院調整スタッフ、それぞれどこまでやるか、という（役割分担の）話をする。</p> <p>病棟看護師は、家族の医療的ケアの手技指導をし、同時期に退院調整看護師は、訪問看護、往診医の調整をする。</p> <p>家族の不安に対する支援として、病棟看護師は医療的ケア方法の指導などを行い、退院調整看護師は活用できる援助を示していた。</p> <p>小児看護の経験者が少ない現状で、病棟の小児経験のある看護師が主に関わり、病棟主任/小児救急認定看護師が主に看護師とソーシャルワーカーの間に入って調整する。</p>
病棟ラウンド時や電子カルテ上で情報共有をする	<p>（退院調整担当者の）電子カルテ記録に付箋マークが付けてあるので、同席できない場合は記録を読み、わからないことは翌日電話で確認する</p> <p>（相互の進捗状況の確認は）付箋（マーク）がついている退院支援の記録を確認していた。</p> <p>退院調整看護師との情報共有は、毎日のラウンド時タイムリーに情報共有していた。</p> <p>病棟看護師は、家族が状況を受け入れられていないことを把握して、計画を立て取り組み、退院調整看護師とラウンド時やで（電子カルテ）記録等で情報共有していた。</p> <p>退院調整看護師との情報共有は、カルテの記録から共有し、質問等は（電子カルテの）掲示板やメールで確認する。</p>
STEP2: 自宅外泊準備期	
サマリーのほか電話やラウンド時に情報共有をする	<p>カンファレンス以外の情報共有は、病棟主任/小児救急認定看護師が中心に、ソーシャルワーカーと電話で共有していた。</p> <p>（情報共有シートにある）退院調整担当者の状況をピックアップしておき、翌日のチーム担当看護師が連絡調整して記録に残す、もしくは退院調整担当者が病棟に来て確認する。</p> <p>家族の不安な点を医師と相談して、調整をしている。その内容を地域（訪問看護）へ共有できるように、サマリーに記載し、退院調整看護師と共有している。</p>
退院後の必要物品の準備や、訪問看護・薬局など地域サービスを調整する	<p>必要物品準備は、小児看護経験がある病棟主任が準備を行う。</p> <p>一時退院（自宅外泊）が決まったタイミングで、訪問看護師の調整、自宅用吸引器や寝具の調達（レンタルか購入）について、退院調整担当者に入ってもらう</p> <p>（在宅で必要な機材の準備）病棟看護師が、医師へ確認しながらリストを作成し、そのリストを退院支援看護師が確認する。病棟で手配するものと退院調整が準備するものと確認していた。</p> <p>吸引器などの機器の説明は、退院調整看護師が家族へ説明していた。</p> <p>（ソーシャルワーカー又は医師）TPNの調剤と配送する薬局を探す。緊急時の対応のため、自宅の近隣病院と訪問看護への情報提供をする。</p> <p>（退院調整看護師情報提供）自宅外泊に向けて、訪問看護や自宅への移動方法などの地域資源の調整をしていた。</p> <p>移動手段、通院方法、自宅環境など必要な情報について、不足情報を共有し、病棟看護師、ソーシャルワーカー双方から家族へ確認し、共有していた。</p> <p>院内外泊後ご家族の課題を、病棟看護師、退院調整看護師、それぞれが、直接家族より要望を確認していた。</p>
だれが何をするか役割分担を明確にする	<p>ソーシャルワーカーは訪問看護師、保健師など地域の連携をして、看護師は日常生活のケア手技の指導をして、医師が急変の対応の指導をしていた。</p> <p>病棟看護師は、家族のケアや不安の改善を行い、退院調整看護師は、自宅での必要物品（ベッド、吸引器など）の調整をしていた。</p>

表1-2 在宅移行の各STEPにおける協働の内容 (STEP 3・STEP 4)

カテゴリー	要約
STEP3：退院準備期	
定期カンファレンスで情報を共有する	週に1回カンファレンスで、退院支援看護師、ソーシャルワーカー、医師、進み具合や必要な情報、不足内容を共有し、次回までの実施内容を話し合っていた。 ・退院前カンファレンスは、訪問看護師が病棟に来て、医師とソーシャルワーカーで行い、退院準備が整っていたため退院に向けて最終確認した。 合同カンファレンスが円滑にできるように、医師、病棟看護師の説明内容、時間配分等を事前にすり合わせしていた。
退院時の訪問看護・薬局など地域サービスの情報提供や調整をする	退院日には、家族の状況に合わせて、訪問看護と一緒に帰宅できる所の調整をする。 退院調整での（課題）を退院調整看護師とソーシャルワーカーへ相談し、費用も含めた案内を直接家族へ情報提供していた。 退院支援看護師が、家族へ吸引器の種類や（費用）など、使用するイメージできるように情報提供していた。
自宅外泊後に、在宅での課題について家族から情報収集し、共有する	家族面会時に、病棟看護師がと主治医が問題点を把握し、退院調整看護師やソーシャルワーカーに情報共有する。次の家族面会時に（退院調整看護師が）話していた。 （自宅外泊の帰後）ソーシャルワーカーが家族と（面会）し話を聞いていた。 （自宅外泊後）家族の様子や課題は、プライマリナーナスが聞き、記録を残し、退院調整看護師も家族より話を聞いていた。 （自宅外泊後）病棟看護師は家族より自宅での状況を確認し、訪問看護師からの家族情報を退院調整看護師から聞いて、共有していた。
STEP4：退院（退院～初回外来）	
退院後に予測される患者・家族の状態を共有しながら、訪問看護師へ伝える	体調不良時の救急要請について家族が不安に思う場合、（退院調整担当者が）ソーシャルワーカーのときは、病棟看護師から訪問看護師へ伝える。 訪問看護師へ、家族の状況や希望が、理由も含めて伝わるように、病棟看護師はサマリーに記載し、退院調整看護師は、重点的に電話で伝える。
患者・家族の状態を関係者で共有し、必要に応じて役割分担した	（役割分担、退院に向けて）病棟ラウンド時に、課題を共有し、病棟看護師がやること、退院調整がやることを確認する。 （退院後）家族からのご意見は、病棟看護師で共有し、師長を通して退院調整看護師へ共有していた。 家族への吸引器の指導は、（電子カルテ）の掲示板で申し送り、指導の状況をソーシャルワーカーが病棟ラウンド時に共有していた。 自宅で使用する医療機器の準備は、病棟看護師と退院調整看護師の双方で確認をし、準備していた。 吸引器などの必要物品のレンタルなどは退院調整看護師が調整していた。

関係機関との最終調整については、研究協力者全員が実施しているとの認識であったが、退院後訪問を実施している施設はなかった。

STEP 3における協働の内容の分析結果、10の要約、3つのカテゴリーが抽出された。3つのカテゴリーは、【定期カンファレンスで情報を共有する】【退院時の訪問看護・薬局など地域サービスの情報提供や調整をする】【自宅外泊後に、在宅での課題について家族から情報収集し、共有する】であった。

(4) STEP 4退院

病棟看護師の業務内容は5項目あり、看護サマリー作成、退院処方添付されている薬剤情報提供書をお薬手帳に貼るよう案内、医療評価入院日程調整、退院後訪問、保護者以外の家族（兄のきょうだい）等の様子も確認するについては、研究協力者全員が実施していると述べていた。退院調整担当者の業務内容7項目、医療評価（レスパ

イト）入院日を確認、看護サマリーを訪問看護師へ、医療機関の引継ぎ、初回外来時に家族に状況を確認、各職種との情報交換、サービスの再調整、通学状況の確認に関しては研究協力者全員が実施しているとの認識であった。

STEP 4における協働の内容の分析結果、5の要約、2つのカテゴリーが抽出された（表1）。2つのカテゴリーは、【退院後に予測される患者・家族の状態を共有しながら、訪問看護師へ伝える】【患者・家族の状態を関係者で共有し、必要に応じて役割分担した】であった。

4. 病棟看護師が退院調整担当者と協働するための考えや行動

病棟看護師が語った退院調整担当者と協働を円滑に進めるための考えや行動は、分析した結果18要約、3カテゴリーが抽出された（表2）。カテゴリーを【】、要約を[]で示す。3カテゴリーの内容は、【随時病

表2 協働を円滑に進めるための考えや行動

カテゴリー	要約
随時病棟で情報を共有する	毎日来てくれる退院調整看護師と密に情報を共有する
	病棟に来てくれる退院調整看護師とその都度話をする
	毎日病棟に来てくれる退院調整看護師に声をかけてコミュニケーションをとる
	記録に記載しても対面で小さな情報を共有する
	リーダーだけではなく自分からも退院調整看護師と対面して情報を伝える
	家族への説明内容や指導状況を退院調整看護師に伝える
	対面で話すと家族の様子や雰囲気を知ることができる
	対面で話すと背景や思いがわかる
カンファレンスで相互の進捗や情報を共有する	カンファレンスをこまめに開いて情報共有をする
	カンファレンスでお互いの進捗状況を把握する
	ソーシャルワーカーと退院調整看護師、病棟看護師を巻き込んで現状を伝える
	退院調整看護師とソーシャルワーカーと病棟看護師で情報を共有する
	両親の状況を退院調整看護師に伝える
	退院調整看護師に公費助成の手続きを積極的に進めてもらえるよう声をかける
役割分担を明確にする	カンファレンスで役割を明確にする
	期限を決めて誰が何を行うかを明確にする
	カンファレンスで誰が、いつ、何をするのか具体的に
	日程調整などを行って、家族と退院調整看護師が直接面談する

棟で情報を共有する】、【カンファレンスで相互の進捗や情報を共有する】、【役割分担を明確にする】であった。【随時病棟で情報を共有する】は、情報共有のタイミングや方法、情報の内容についてのカテゴリーであり、[毎日来てくれる退院調整看護師と密に情報を共有する]、[病棟に来てくれる退院調整看護師とその都度話をする]、[毎日病棟に来てくれる退院調整看護師に声をかけてコミュニケーションをとる]、[記録に記載しても対面で小さな情報を共有する]、[リーダーだけではなく自分からも退院調整看護師と対面して情報を伝える]、[家族への説明内容や指導状況を退院調整看護師に伝える]、[対面で話すと家族の様子や雰囲気を知ることができる]の要約であった。【カンファレンスで相互の進捗や情報を共有する】は、相互の進捗状況や情報共有についてのカテゴリーであり、[カンファレンスをこまめに開いて情報共有をする]、[カンファレンスでお互いの進捗状況を把握する]、[ソーシャルワーカーと退院調整看護師、病棟看護師を巻き込んで現状を伝える]、[退院調整看護師とソーシャルワーカーと病棟看護師で情報を共有する]、[両親の状況を退院調整看護師に伝える]、[退院調整看護師に公費助成の手続きを積極的に進めてもらえるよう声をかける]の要約であった。【役

割分担を明確にする】は、退院支援における役割についてのカテゴリーであり、[カンファレンスで役割を明確にする]、[期限を決めて誰が何を行うかを明確にする]、[カンファレンスで誰が、いつ、何をするのか具体的に]「日程調整などを行って、家族と退院調整看護師が直接面談する」の要約であった。

Ⅵ．考察

一般病院（小児地域医療支援病院等）における医療的ケア児の退院支援における協働の実際と、協働を円滑に進めるための考えや行動について、院内外泊準備期から自宅外泊準備期・外泊まで、退院準備期から退院までの2つの時期に分けて述べる。

1. 院内外泊準備期から自宅外泊準備期・外泊まで

小児病棟に入院する医療的ケア児は、他病院からの自宅への退院目的の転院や、疾患の悪化や事故等により障害等をもつ児が含まれる。退院を目的とする医療的ケア児は、環境の変化やかかわる医療従事者の変化により体調を崩しやすい。本研究の結果から病棟看護師は退院調整担当者との協働が円滑に進むための考えや行動から、【随時病棟で情報を共有する】とあり、

これは日々変化する患者・家族の状況を適切に把握するために直接情報を共有している。患者・家族は退院の意志決定を行い、医療者と退院の目標を共有し意思統一を図りながら、院内外泊・院外外泊にむけて段階的に取り組む。そのためには、病棟看護師は在宅移行シートにある病棟看護師の役割である患者の病状、患者・家族の心理状態や治療計画、必要な医療的ケアの理解度および手技の習得状況、さらに自宅での生活環境や要望を把握しており、退院調整担当者は、退院後に活用可能な地域サービスや支援体制、リソースを把握していた。そして、これらの情報は【カンファレンスで相互の進捗や情報を共有する】【役割分担を明確にする】との結果から、カンファレンス等の場において役割分担を明確にし、進捗状況や目標期日を共有し、不足している事項を相互に確認することで、円滑な退院支援の推進につながると考える。この時期の協働の実際には、【サマリーのほか電話やラウンド時に情報共有をする】、【退院後の必要物品の準備や、訪問看護・薬局など地域サービスを調整する】との結果が示されている。院内外泊においては、自宅で使用する吸引器等の医療機器の使用法や消毒手順の確認に加え、注入器具の設置場所やトイレ移動時の対応方法など、退院後の生活を具体的にイメージしながら、病院内で患者・家族のみで過ごす経験をする。その過程で生じた課題について、病棟看護師と退院調整担当者が相互に患者・家族から具体的な話を聞き取り、情報を共有することで、より実践的な改善策を検討することが可能となると考える。また、この時期から地域の支援機関や学校関係者などと連携を図ることで、患者・家族が退院後も安心して自宅で生活できるよう、支援体制を整えることができると考える。医療的ケア児の退院支援には、病棟看護師や退院調整担当者のみならず、多職種の医療関係者が関与するため、情報の共有と連携が必要である。病棟看護師は、他の医療者と主養育者の架け橋となり関係性を構築¹³⁾することで、患者・家族にとってより良い退院支援につなげることができると考える。患者・家族は、退院の意志決定を行った後も気持ちは揺れ動き、自宅での生活に対する不安を完全に解消することは難しい。そのため、患者・家族の心理的变化に寄り添いながら支援を行うためには、病棟看護師と退院調整担当者が家族の様子を継続的に共有することが重要である。本研究の結果、病棟看護師と退院調整担当者は【だれがなにをするか役割分担を明確にする】であることが示されており、患者・家族への不安や課題に対しては、かわりを相互に行うことで、患者・家族へ寄り添うことにつながることができると考える。両者が密に情報を共有することで、

コミュニケーションが円滑化し、医療チームとしての退院支援目標の達成に向けて効果的に機能すると考えられる。さらに、円滑なコミュニケーションは、患者・家族に関する情報やニーズ、病棟看護師の意図を正確に伝達し、誤解を少なくすることができる。患者・家族の状況や退院に向けた進捗状況を情報共有することにより、チーム全体で現状を正確に把握しながら、より適切な退院支援を進めることができると考える。

2. 退院準備期から退院まで

院外外泊の評価と課題解決を経て、退院準備期を迎える。この時期の協働の実際には、【定期カンファレンスで情報を共有する】【退院時の訪問看護・薬局など地域サービスの情報提供や調整をする】【自宅外泊後に、在宅での課題について家族から情報収集し、共有する】との結果が示されており、実際に自宅で過ごす経験を通して、家庭環境における課題や必要な支援内容が明確になり、訪問看護師等の介入によって、自宅での生活がより具体的にイメージできるようになると考える。この時期に地域職員と合同カンファレンスを実施することにより、患者・家族の状況や必要なサービスの再確認が可能となる。そのためには、病棟看護師と退院調整担当者が事前に情報をすり合わせ、患者・家族の課題を地域職員へ的確に共有することで、カンファレンスを円滑に進行することにつながると考える。医療的ケアは退院後も継続されるため、病棟看護師は患者・家族の最終的な状況や要望を看護サマリーに記載し、訪問看護等へ確実に引き継ぐ責任を担う。一方、退院調整担当者は、電話連絡等を通じて必要な機器や物品の準備状況を確認し、支援が途切れることのないよう調整する必要がある。最終的には両者で相互に確認していく必要があると考える。退院後も医療的ケアを必要とする患者・家族は、慣れない医療手技や退院後の日常生活を具体的にイメージすることは容易ではない。本研究の協働の実際の結果では、【退院後に予測される患者・家族の状態を共有しながら、訪問看護師へ伝える】【患者・家族の状態を関係者で共有し、必要に応じて役割分担した】であることが示されており、病棟看護師が家族から受け取った不安や課題を退院調整担当者とは共有することにより、患者・家族のニーズに沿った支援体制を整えることになると考える。サポート体制のシステムが十分に整備されていない状況下では退院を決意することは難しい¹⁴⁾とされており、患者・家族が安心して自宅での生活が送れるよう、継続的で多面的な支援調整をしていく必要があると考える。

また、医療的ケア児のケアは家族が担う場合が多く

支援の焦点が家族の生活に偏り、子ども自身の意向や権利が置き去りにされることがある。そのため、カンファレンスにおいては、どのような医療とケアが子どもと家族にとって最適であるかをチームで共有し、倫理的課題を解決できる¹³⁾ようにしていく必要がある。

チーム医療を実践する看護師が多職種連携・協働する上で重要視しているのは、単にチーム内の人間関係やコミュニケーションを図るだけではなく、医療チームの目標を定め、組織の中でどのような役割を担っているかを把握し、チームの目的やビジョンを多職種と共有することを意図したコミュニケーションをしている¹⁵⁾と述べられている。病棟看護師と退院調整担当者が患者・家族の退院目標を共有して支援を進めることは、多職種を含めた医療チーム全体の活動に良好な影響をあたえ、より効果的な退院支援につながると考える。また、退院調整担当者が地域の医療機関や福祉サービスとの調整を行うことは、患者・家族が地域で安心して生活できる環境づくりに寄与し、地域社会全体で子どもの成長を見守る体制の形成にもつながると考えられる。

本研究は小児の医療的ケア児の退院支援を対象としたが、その支援内容は成人の退院支援と基本的に共通しており、生活の場に帰るためのチームアプローチ、地域・社会資源との連携・調整¹³⁾といった要素を含んでいた。医療的ケアを伴う退院支援においては、患者・家族の意思決定支援、医療的ケアの技術習得支援、在宅の生活スケジュールの調整、地域資源の活用・調整、在宅に向けての院内外泊や自宅外泊後の退院と一連の支援内容が共通していた。一方で小児の医療的ケア児の退院支援では、退院の意思決定が養育者である家族を中心に行われることが多いため、子ども自身の意見や権利が十分に尊重されているかを常に意識しながら、家族および医療者が支援していく必要がある。また、医療的ケアの実践者の中心は母親であることが多く、子どもの障がいの受容に加え、退院後の養育体制に対する不安もある¹⁴⁾と考える。そのため、小児の成長発達に応じて、地域のリソースや保育園・学校等の自宅以外でかかわる職種等が支援できるように、入院中から地域職員を巻き込んだ支援体制を構築していくことが重要であると考えられる。

Ⅶ. 結論

一般病院（小児地域支援病院等）の病棟看護師は、年間数件の受け入れである医療的ケア児の退院支援について、在宅移行シートのない施設においても、受け

持ち看護師を中心として作成した看護計画等を基に退院調整担当者と協働していた。その協働を円滑に進めるために行っているのは、それぞれの役割分担を明確にし、進捗状況を相互に確認すること、患者・家族の状況を共有すること、在宅移行支援での様々な情報を共有することであった。

本研究は小児の医療的ケア児の退院支援を対象としたが、成人の退院支援の内容である生活の場に帰るためのチームアプローチ、地域・社会資源との連携・調整¹³⁾と基本的な内容に違いはなかった。

研究の限界と今後の課題

限られた地域と施設での調査であり、実際に行われている病棟看護師と退院調整担当者のかかわり内容に関する解釈には限界がある。今回は病棟看護師と退院調整担当者に焦点を当て、協働していくための考えや行動について検討したが、在宅移行する医療的ケア児とその家族を支援するには、多職種による協働が欠かせず、その取り組みについて明らかにすることが課題である。

利益相反

本研究における利益相反はない。

引用文献

- 1) 田村正徳.医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（研究代表者総括）.厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業報告書. 2018.
- 2) 厚生労働省：第11回第8次医療計画等に関する検討会 2023年6月アクセス <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001178394.pdf>
- 3) 森山雄三,二宮珠美.NICUから中間施設を経て退院を目指す重症心身障がい児の在宅ケアへの移行支援のプロセス.日本小児看護学会誌 202130:35-42.
- 4) 窪田順子,須田由紀.NICU退院前訓練入院の受け入れを担当する看護師による家族支援の検討.日本看護学会論文集 2015;45:210-213.
- 5) 木場しのぶ.急性期病院におけるがん患者への退院支援 一病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性 一.日本看護科学会誌 2017;37:298-307.
- 6) 中村 円.退院に伴う意思決定支援における病棟看護師と退院調整看護師の役割認識.日本看護研究学会雑誌 202144:99-110.

- 7) 湯浅香代,三宅茉莉奈,森本美智子.退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程.日本看護研究学会雑誌 2019;42:911-920.
- 8) 山本詩帆,森下安子.退院調整看護師による病棟看護師の実践能力向上へのかかわり—退院支援における状況の認識・働きかけに焦点を当てて—.高知女子大学看護学会誌 2016;4160-69.
- 9) 黒田光江.特集小児の入退院支援特集にあたって.小児看護 2019;42:897.
- 10) 吉池毅志,栄セツコ.保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—.桃山学院大学総合研究紀要 2009;34:109-122.
- 11) 神奈川県立こども医療センター：在宅医療の手引き <https://kcmc.kanagawa-pho.jp/index.html> 2023年3月アクセス.
- 12) 福島華子.長野県立こども病院 小児在宅移行支援-病院から在宅へ2018年6月19日資料 2023年3月アクセス. www.pref.nagano.lg.jp/shogaishien/kensei/soshiki/shingikai/ichiran/documents/siryo4.pdf
- 13) 宇都宮宏子・三輪恭子編.これからの退院支援・退院調整ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域.日本看護協会出版会 2011:227.
- 14) 楯田晃子.医療的ケア児の育ちを支える地域連携-医療機関における小児専門看護師の立場から小児保健研究 2021;80:337-340.
- 15) 古川直美.看護活動から導かれた職種間連携・協働を推進する要素.岐阜県立看護大学紀要 2019;19:99-110.